



Best Practice Fragebogen 2010



Angaben zum Unternehmen / zur Organisation

Unternehmen / Organisation

Anschrift

Ansprechpartner
(Name, Funktion, Kontaktdaten)

Sektor/Branche incl. Nace-Schlüssel

Anzahl der Beschäftigten

Durchschnittsalter der Belegschaft

Seit wann existieren in Ihrem Unternehmen systematische Aktivitäten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?

Wie hoch ist Ihr Budget für Gesundheitsaktivitäten pro Mitarbeiter/in?

Mit welcher/n Krankenkasse(n) kooperieren Sie bei Maßnahmen zur BGM?

Welche Auszeichnungen / Zertifikate hat Ihr Unternehmen/Ihre Organisation bereits erhalten?

Für welche Themenbereiche bewerben Sie sich?

(Mehrere Antworten sind möglich.)

Themen	<input checked="" type="checkbox"/>
Gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>
Körperliche Bewegung/Aktive Lebensweise	<input type="checkbox"/>
Psychische Gesundheit/Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>
Zusatzthemen für die Sonderpreise	<input type="checkbox"/>
Demografie - Fit in die Zukunft	<input type="checkbox"/>
Familienorientiertes Unternehmen	<input type="checkbox"/>

A) Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Unternehmenspolitik

1.	Allgemeine Grundlagen	Ja	Nein	Dok.
1.1	Ist Gesundheit (Wohlbefinden am Arbeitsplatz, Förderung eines gesunden Lebensstils/Verhaltens, Arbeits- und Gesundheitsschutz usw.) Bestandteil Ihres Unternehmensleitbildes und/oder der schriftlich niedergelegten Unternehmensphilosophie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Wenn ja - sind diese schriftlich fixiert (z. B. in Form von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sind diese eingebunden in eine Gesamtkonzeption?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Verfügt Ihre Organisation über eine Person oder eine Fachstelle für Betriebliches Gesundheitsmanagement, die im Organisationsstellenplan abgebildet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Existiert in Ihrer Organisation eine Steuerungsgruppe für Betriebliches Gesundheitsmanagement, in der alle gesundheitsrelevanten Stellen vertreten sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Haben die Beschäftigten Gelegenheit, sich an der Lösung gesundheitlicher Probleme am Arbeitsplatz direkt zu beteiligen (z. B. in Gesundheitszirkeln, Betriebliches Vorschlagswesen, Mitarbeiterbefragungen, -gespräche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Existiert in Ihrer Organisation ein Berichtssystem für gesundheitsbezogene Maßnahmen, bei dem die oberste Leitung einbezogen ist (z. B. Gesundheitsbericht, Fehlzeitenanalyse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Gibt es ausreichend finanzielle und/oder materielle Mittel zur Entwicklung von BGM-Maßnahmen und Angeboten (z. B. Budget, Infrastruktur)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Gibt es eine systematische interne Kommunikation bzw. Öffentlichkeitsarbeit zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (z. B. Intranet, Flyer, Aushänge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Ist Betriebliches Gesundheitsmanagement Bestandteil der Aus- und Weiterbildung für Führungskräfte (z. B. Teamführung, Stärkung der Eigenverantwortung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A) Unternehmenspolitik & Unternehmenskultur

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

1.6

1.7

1.8

1.9

1.10

MUSTER

B) Gesunde Ernährung

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema gesunde Ernährung in einer eigenen Arbeitsgruppe bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Wenn nein - wird das Thema gesunde Ernährung in einer anderen Arbeitsgruppe behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zur gesunden Ernährung, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema gesunde Ernährung zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

B) Gesunde Ernährung

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	Führen Sie regelmäßig Analysen zur gesunden Ernährung durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Gibt es in Ihrer Organisation Maßnahmen und Angebote zur gesunden Ernährung (z. B. Beratung, Therapie, Anreize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Steht den Beschäftigten ein leicht zugänglicher und sauberer Essbereich (unter Berücksichtigung der Nahrungsmittelsicherheit) zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Bietet Ihre Organisation vor allem gesunde Speisen und Getränke an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Wird die Auswahl gesunder Speisen und Getränke betrieblich unterstützt (z. B. durch niedrige Preise, kostenlose Proben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

B) Gesunde Ernährung

3.	Evaluation & Ergebnisse	Ja	Nein	Dok.
3.1	Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der gesunden Ernährung bewertbare Ziele und Zielgruppen fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Werden die Maßnahmen und Angebote zur gesunden Ernährung regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Werden die Gesundheitsförderungsprogramme zur gesunden Ernährung auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Maßnahmen zur gesunden Ernährung evaluiert werden.

3.1

3.2

3.3

C) Körperliche Bewegung

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema körperliche Bewegung in einer eigenen Arbeitsgruppe bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Wenn nein: - wird das Thema körperliche Bewegung in einer anderen Arbeitsgruppe behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zur körperlichen Bewegung, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema körperliche Bewegung zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

C) Körperliche Bewegung

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	Führen Sie regelmäßig Analysen zur körperlichen Bewegung durch (z. B. Rücken-Check)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Sind Fragen der Ergonomie bzw. der körperlichen Arbeit und Bewegungsabläufe Bestandteil Ihrer Gefährdungsanalyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Gibt es in Ihrer Organisation Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung (z. B. Beratung, Therapie, Anreize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Werden Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung/aktiven Lebensweise <u>während der Arbeitszeit</u> angeboten (z. B. Arbeitsplatzprogramme, Bewegungspausen, Rückenschulen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Gibt es Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung/aktiven Lebensweise <u>vor oder nach der Arbeitszeit</u> (z. B. Rückenschule, Jogging, Fußball, Fitness-Studio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Unterstützt Ihre Organisation das zu Fuß gehen/Radfahren auf dem Arbeitsweg (z. B. durch finanzielle Anreize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Haben die Beschäftigten Zugang zu betriebseigenen oder kooperierenden Sporteinrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) Körperliche Bewegung

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

2.6

2.7

MUSTER

C) Körperliche Bewegung

3.	Evaluation & Ergebnisse	Ja	Nein	Dok.
3.1	Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der körperlichen Bewegung bewertbare Ziele und Zielgruppen fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Werden die Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Werden die Gesundheitsförderungsprogramme zur körperlichen Bewegung auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Maßnahmen zur körperlichen Bewegung evaluiert werden.

3.1

3.2

3.3

D) Psychische Gesundheit

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema psychische Gesundheit in einer Arbeitsgruppe bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zur psychischen Gesundheit bzw. zum Stressmanagement, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema psychische Gesundheit bzw. Stress zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.1

1.2

1.3

1.4

D) Psychische Gesundheit

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	Führen Sie regelmäßig Analysen zur psychischen Gesundheit bzw. zum Stress durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Ist psychische Gesundheit und Stress Bestandteil Ihrer Gefährdungsanalyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Gibt es ein System, mit dem Sie bei den Mitarbeitern frühzeitig Zeichen von Stress erkennen können (z. B. Screening, medizinischen Check-ups, Mitarbeiterbefragungen oder -gespräche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Analysieren Sie Ihre Fehlzeiten auch im Hinblick auf Psychische Gesundheit und Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Werden Maßnahmen ergriffen zur Vermeidung von Überforderung (z. B. Verringerung des Zeit- und Termindrucks, der Arbeitsmenge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Werden Maßnahmen ergriffen, um den Handlungsspielraums zu vergrößern (z. B. flexible Arbeitszeit, flexible Pausenregelung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Werden Maßnahmen ergriffen, um Arbeit inhaltlich anzureichern (z. B. Arbeitsplatzrotation, durch Integration verschiedener Tätigkeiten, freie Arbeitseinteilung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Werden Maßnahmen ergriffen, um Arbeitsleistung und Belohnung in ein angemessenes Verhältnis zu bringen (z. B. Vergütung, Aufstiegsmöglichkeiten, persönliche Anerkennung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Werden Maßnahmen ergriffen, zur Förderung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre (z. B. Teambuildingmaßnahmen, Supervision)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Fördert Ihre Organisation die soziale Unterstützung zwischen den Mitarbeitern sowie zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten (z. B. Feedback, Supervision neuer Mitarbeiter, Angebot der Unterstützung während eines Wechsels)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Haben die Beschäftigten die Möglichkeit an Entscheidungsgesprächen, Teamsitzungen teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12	Werden Führungskräfte für eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung ausreichend qualifiziert (z. B. guter Führungsstil, Präventivmaßnahmen bei psychischen Problemen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13	Bietet Ihre Organisation individuelle Beratung (intern oder extern) für Mitarbeiter mit psychischen Problemen an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14	Informiert Ihre Organisation die Belegschaft über Institutionen, die bei psychischen Problemen Hilfestellung bieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) Psychische Gesundheit

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.15	Wird in Ihrer Organisation ein fürsorglicher Umgang mit psychisch kranken Mitarbeitern gepflegt (z. B. Kontaktpflege und Unterstützung während der Arbeitsunfähigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16	Gibt es in Ihrer Organisation ein Unterstützungssystem für eine längerfristige Betreuung von Mitarbeitern mit psychischen Problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17	Gibt es in Ihrer Organisation ein Wiedereingliederungskonzept für psychisch kranke Mitarbeiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

2.6

2.7

2.8

D) Psychische Gesundheit

2.9

2.10

2.11

2.12

2.13

2.14

2.15

2.16

2.17

Muster

D) Psychische Gesundheit

3.	Evaluation & Ergebnisse	Ja	Nein	Dok.
3.1	Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der psychischen Gesundheit bewertbare Ziele und Zielgruppen fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Werden die Maßnahmen und Angebote zur psychischen Gesundheit und Stress regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Werden die Gesundheitsförderungsprogramme für psychische Gesundheit auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Aktionen/Maßnahmen im Bezug auf psychische Gesundheit / Stressbewältigung evaluiert werden.

3.1

3.2

3.3

Fragen zur Bewerbung für die Sonderpreise

Demografie - Fit in die Zukunft

bzw.

Familienorientiertes Unternehmen

E) Demografie - Fit in die Zukunft

	Ja	Nein	Dok.
1. Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zum Demografischen Wandel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Führen Sie regelmäßig Analysen zur Altersstruktur der Beschäftigten durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zum demografischen Wandel, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bietet Ihr Unternehmen/Ihre Organisation gesundheitliche Vorsorgeuntersuchungen für verschiedene Altersgruppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es in Ihrer Organisation altersspezifische Maßnahmen und Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bieten Sie für ältere Beschäftigte variable Arbeitszeitmodelle und Pausenregelungen an (z. B. Arbeitszeitkonten, Altersteilzeit, Jobsharing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Werden Fort- und Weiterbildungsangebote auf Ihre Eignung für alle Altersgruppen geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt es in Ihrem Unternehmen systematische Prozesse, um Berufserfahrung, Fach- und verdecktes Wissen an jüngere Beschäftigte weiterzugeben (z. B. Tandem-Modell)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E) Demografie - Fit in die Zukunft

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

MUSTER

F) Familienorientiertes Unternehmen

	Ja	Nein	Dok.
1. Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Existieren in Ihrem Unternehmen familienfreundliche Arbeitszeiten (z. B. Gleit- und Teilzeit, lebensphasenorientierte Arbeitszeit, flexible Abwesenheitsregelungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bieten Sie Ihren Beschäftigten flexible Arbeitsformen bzw. -orte an (z. B. Telearbeit, Arbeit von zu Hause)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Unterstützen Sie eine geeignete Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen (z. B. Beratung und Vermittlung von Betreuungsplätzen, Servicestellen für Familien, Eldercare, Bereitstellung eigener Angebote)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pflegt Ihre Organisation den Kontakt zu Mitarbeitern in der Elternzeit (z. B. Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gibt es zusätzliche Angebote für Ihre Mitarbeiter (z. B. Familienfeste, haushaltseigene Dienstleistungen, Ferienfreizeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Werden Fort- und Weiterbildungsangebote auch für Beschäftigte in der Elternzeit angeboten (z. B. Weiterbildung mit Kinderbetreuung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Werden Gespräche geführt mit Eltern vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F) Familienorientiertes Unternehmen

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

Vielen Dank !